

شیوع سوء تغذیه پروتئین - انرژی و عوامل موثر بر آن در کودکان زیر ۵ سال شهرستان ساوجبلاغ سال ۸۱

چکیده

زمینه و هدف: سوء تغذیه پروتئین - انرژی یکی از مشکلات جوامع به ویژه در کودکان زیر ۵ سال می باشد. با توجه به عوارض شناخته شده و گزارش های متفاوت و متناقض از شیوع اختلال به ویژه عوامل موثر بر بروز آن، این بررسی انجام گرفته است. هدف از این مطالعه تعیین شیوع و عوامل موثر بر سوء تغذیه پروتئین - انرژی در کودکان کمتر از ۵ سال است. روش بررسی: مطالعه به روش توصیفی - مقطعی از مهرماه تا اسفندماه ۱۳۸۱ در شهرستان ساوجبلاغ انجام گرفته است. نمونه ها براساس ۲۰٪ شیوع سوء تغذیه و حدود اطمینان ۹۵٪ و با محاسبه اثر طرح ۱/۸ و درصد خطای ۰/۰۳ تعیین شدند. با استفاده از روش نمونه گیری تصادفی خوشه ای ۱۲۴۳ کودک انتخاب شدند. (۶۳۲ نمونه روستایی و ۶۰۳ نمونه شهری). داده ها توسط پرسش نامه، مصاحبه و مشاهده جمع آوری شدند.

یافته ها: مهم ترین یافته ها در این مطالعه عبارت بودند از: شیوع از رشد بازماندگی در دختران بیش از پسران بود به ترتیب (۱۲/۱٪، ۸/۷٪)، شیوع کم وزنی در بین دختران (۴/۷٪) و در پسران (۲/۷٪) بود، سن ($p<0/043$)، وزن ($p<0/001$) و قد ($p<0/001$) کودکان با سوء تغذیه رابطه معنی داری داشت. بین سوء تغذیه و کالری رژیم غذایی رابطه معنی داری وجود داشت ($p<0/038$) (در گروه سنی ۳-۴ سال). هم چنین در این مطالعه رابطه معنی داری بین وزن برای قد، برای سن و پروتئین کم در رژیم غذایی نشان داده شد ($p<0/01$) (در گروه های سنی ۱-۲ سال و ۳-۴ سال).

نتیجه گیری: براساس یافته های این مطالعه کودکان مبتلا به سوء تغذیه خفیف بودند. از عوامل تعیین کننده موثر شناخته شده در سوء تغذیه کودکان زیر ۵ سال شهرستان ساوجبلاغ در این بررسی می توان از عدم استفاده از غذای کمکی ($p<0/045$)، عدم آگاهی مادر از زمان مناسب شروع تغذیه تکمیلی ($p<0/022$) و صرف نصف درآمد خانوار برای خرید مواد غذایی ($p<0/039$) نام برد.

کلیدواژه ها: ۱- شیوع ۲- عوامل موثر ۳- سوء تغذیه پروتئین - انرژی
۴- کودکان زیر ۵ سال

I دکتر شهناز ریماز

*II اعظم مقتدری

III دکتر فرزاد شیدفر

IV دکتر فرشاد پورملک

تاریخ دریافت: ۸۳/۶/۵، تاریخ پذیرش: ۸۳/۱۲/۸

(I) استادیار و Ph.D اپیدمیولوژی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی ایران، تهران.

(II) مربی و کارشناس ارشد بهداشت جامعه، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی ایران، تهران. (*مؤلف مسؤول)

(III) استادیار و Ph.D علوم تغذیه، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی ایران، تهران.

(IV) دستیار اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی ایران، تهران.

مقدمه

امروزه سوء تغذیه پروتئین - انرژی کودکان یکی از مهم‌ترین مشکلات تغذیه‌ای در بسیاری از کشورهای در حال توسعه است.^(۱) تخمین زده شده که بیش از ۵۰۰ میلیون نفر از مردم دچار کم غذایی هستند که اکثر آن‌ها در کشورهای در حال توسعه آسیایی، آفریقائی و آمریکای لاتین هستند.^(۲) حدود ۴۳ درصد (۲۳۰ میلیون نفر) کودکان کمتر از ۵ سال دچار بازماندگی از رشد هستند و حدود ۹ درصد دچار کم وزنی می‌باشند.^(۳)

مطالعاتی که در ایران در زمینه وضعیت تغذیه کودکان انجام گرفته نشان دهنده آن است که براساس طبقه‌بندی گومز ۵۰-۲۵ درصد کودکان کشور به درجات مختلف سوء تغذیه پروتئین - انرژی و کم‌وزنی دچار هستند.^(۴) سوء تغذیه پروتئین - انرژی عمدتاً در کودکان زیر ۵ سال دیده می‌شود و حداکثر شیوع آن در سن ۱۸ ماهگی است. به طور متوسط از هر ۳ کودک زیر ۵ سال در ایران یک نفر در معرض ابتلا به سوء تغذیه پروتئین - انرژی متوسط و شدید است.^(۵)

در یک بررسی انجام گرفته در سال ۱۳۷۰ در شیراز به منظور بررسی علل سوء تغذیه، افزایش تعداد افراد خانوار (۷۱/۹٪)، سن پایین مادران (۴۲/۴٪)، بی‌سوادی والدین (۷۱/۲٪) مادران و ۴۴/۶٪ پدران، مشاغل کم درآمد (۶۲/۶٪) یا فاقد درآمد مادران (۸۸/۵٪)، اطلاعات ناکافی بهداشتی - تغذیه‌ای (۷۱/۳٪)، مسکن، بهداشت نامناسب و محرومیت از شیر مادر (۵۱٪) کاهش مصرف مواد غذایی و کالری کم (۷۹/۷٪) همگی از عوامل مهم در سوء تغذیه کودکان بودند. با توجه به تاثیر همه عوامل اجتماعی - اقتصادی، فرهنگی و بهداشتی در بروز سوء تغذیه عامل اقتصادی - اجتماعی (۵۶٪) تاثیر بیشتری را نشان داده است.^(۶)

در یک مطالعه وضعیت اقتصادی و اجتماعی پایین، عدم استفاده از شیر مادر و وجود بیماری‌های قلبی و خصوصاً گاستروآنتریت از عوامل موثر در سوء تغذیه شناخته شدند.^(۷) در یک مطالعه دیده شده است که کودکان با سوء تغذیه شدید بیش‌تر احتمال داشتن مادران جوان را

داشته‌اند و وزن تولد آن‌ها کم بوده است. تمایل به مصرف کم‌تر مواد غذایی، دسترسی کم‌تر به شیر مادر و حمایت کم‌تر از هر دو والد دیده شد. وزن تولد کم و بی‌سوادی مادر از عوامل خطر مهم برای شیوع کم وزنی و سوء تغذیه شدید شناخته شدند.^(۸) به هر حال در کشورهای در حال توسعه میزان وزن کم برای سن با شیوع متفاوت دیده می‌شود. به عنوان مثال: وزن کم برای سن در کودکان ۲ ساله و کم‌تر از ۱۳ درصد در بولیوی تا ۶۸ درصد در نپال متفاوت است.^(۸) در مطالعه‌ای که به منظور نشان دادن ارتباط سوء تغذیه با اسهال در تایلند، طی سال‌های ۸۰-۱۹۷۹ انجام گرفت، در کل شیوع تغذیه پروتئین - انرژی در مناطق فقیرنشین شهری از ۷۹-۷۱ درصد در نوسان است. کاهش شیردادن مادر، حمل نامناسب و آماده کردن تغذیه مصنوعی به صورت غیربهداشتی از عوامل عمده کمک کننده به سوء تغذیه پروتئین - انرژی توام با اسهال در اثنای دوران اولیه شیرخوارگی شناخته شده است. تمام کودکان مبتلا به اسهال غیرقابل درمان دچار سوء تغذیه بودند.^(۹ و ۱۲)

شیوع سوء تغذیه پروتئین - انرژی و همچنین عوامل موثر در مناطق مختلف جغرافیائی در شرایط اجتماعی و فرهنگی مختلف، متفاوت است. بنابراین مشخص شدن میزان شیوع سوء تغذیه پروتئین و درصد هر یک از عوامل مهم و موثر در جمعیت‌های مختلف، با توجه به این که الگوی دریافت مواد غذایی، عقاید فرهنگی و امکان دسترسی و استفاده از مراقبت‌های بهداشتی در جوامع مختلف نیز دارای تفاوت است، پیشنهاد می‌گردد.

عوامل موثر بر بروز سوء تغذیه پروتئین - انرژی مورد بررسی در این تحقیق شامل: ویژگی‌های کودک از قبیل سن، جنس و ... الگوی تغذیه‌ای کودک (نوع شیر مصرفی و ...)، ویژگی‌های مادر (سن اولین زایمان و ...) و ویژگی‌های اقتصادی و اجتماعی خانوار (سمت در شغل سرپرست خانوار و ...)، ویژگی‌های بهداشتی خانوار (منبع عمده تامین آب آشامیدنی و ...) و ویژگی‌های مربوط به نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه (ترتیب مراجعه کودک به مراکز بهداشتی، وضعیت واکسیناسیون و ...) است.

تقسیم نمونه به روستاها، نسبت در مراکز در نظر گرفته شد. برای مشخص نمودن هر خوشه نقشه محله‌های روستایی مشخص و به صورت تصادفی خوشه انتخاب گردید و برای تعیین سر خوشه از شماره پرونده خانوار استفاده شد. داده‌ها به صورت مراجعه خانه به خانه و از طریق مصاحبه، پرسش‌نامه و اندازه‌گیری قد و وزن توسط پرسش‌گران جمع‌آوری گردید.

پرسش‌نامه حاوی ۵۲ سوال بود (سوال شماره ۵۲ در مورد بسامد خوراکی بود). در قسمت ابتدایی پرسش‌نامه اطلاعات مربوط به تعداد افراد خانوار، تعداد کودک زیر ۵ سال، جنس و سن کودک و وزن و قد کودک و وزن و قد مادر قرار داشت. سپس ویژگی‌های عمومی و تغذیه‌ای کودک، ویژگی‌های مربوط به نظام مراقبت‌های بهداشتی، ویژگی‌های مادر، وضعیت اقتصادی - اجتماعی خانوار، ویژگی‌های بهداشتی خانوار و در انتها جدول بسامد خوراکی آورده شده بود.

در ابتدا با مراجعه خانه به خانه سوال‌های پرسش‌نامه به روش مصاحبه جمع‌آوری می‌شد، سپس کودکان زیر یک‌سال توسط ترازوی کفه‌ای و حداقل لباس ممکن وزن شدند. برای کودکان بالای یک‌سال و آن‌هایی که قادر به ایستادن بودند از ترازوی تعادلی استفاده می‌شد و قد آن‌ها در حالت ایستاده اندازه‌گیری و ثبت می‌گردید. آموزش لازم جهت تکمیل پرسش‌نامه به پرسش‌گران داده شد (در ضمن همراه با پرسش‌نامه، راهنمایی در مورد نحوه تکمیل پرسش‌نامه تهیه و در اختیار پرسش‌گران قرار داده شده بود). سن کودک بر حسب ماه، وزن بر حسب کیلوگرم و قد بر حسب سانتی‌متر محاسبه شد.

برای محاسبه کم‌وزنی، کوتاهی قد و لاغری از Z-score وزن به سن و جنس، قد به سن و جنس و وزن برای قد و جنس استفاده شد. به این ترتیب کم‌وزنی، کوتاهی قد و لاغری متوسط و شدید مواردی بودند که بیش از دو انحراف معیار از میانگین قد و وزن همان گروه فاصله داشتند. داده‌ها توسط نرم‌افزارهای آخرین ویرایش SPSS (5 II.V)، آخرین ویرایش Epiinfo (1 Revision 2002 V) توصیف و تجزیه

در این مطالعه با توجه به اهمیت سوء تغذیه پروتئین - انرژی و اثر آن در رشد و تکامل کودکان و عوامل خطرزای مهم در بروز آن در کودکان زیر ۵ سال شهرستان ساوجبلاغ مورد بررسی قرار گرفت و میزان شیوع عوامل موثر بر بروز آن تعیین گردید.

روش بررسی

در یک مطالعه مقطعی ۱۲۴۳ کودک زیر ۵ سال شهرستان ساوجبلاغ مورد بررسی قرار گرفتند. جامعه پژوهش تمام کودکان زیر ۵ سال جمعیت شهری و روستایی شهرستان ساوجبلاغ است که از بین آن‌ها ۱۲۴۳ کودک به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای تصادفی انتخاب شدند.

حجم نمونه مورد نظر با ۲۰ درصد احتمال شیوع سوء تغذیه پروتئین - انرژی ($p=20$) و حدود اطمینان ۹۵ درصد و درصد خطا ($d=0.03$) و اثر طرح مساوی $1/8$ ، ۱۲۴۳ نفر محاسبه شد. از آن جا که جمعیت روستایی شهرستان ساوجبلاغ بیش از جمعیت شهری است، از جمعیت روستایی تعداد ۶۳۵ نفر نمونه روستایی و تعداد ۲۰ نفر نمونه تیم سیار و ۵۸۸ نمونه شهری انتخاب شدند. برای نمونه‌گیری شهری ابتدا لیست مراکز بهداشتی شهری تهیه گردید، پس از مشخص شدن مراکز بهداشتی از بین ۱۰ مرکز، ۵ مرکز به صورت تصادفی انتخاب شد. از ۳ مرکز بهداشتی انتخاب شده تحت پوشش نظرآباد تعداد ۳۵۹ نمونه و از ۲ مرکز بهداشتی شهری انتخابی هشتگرد تعداد ۲۲۹ نمونه انتخاب گردید، برای تقسیم نمونه‌ها بین مراکز نامبرده، نسبت جمعیت زیر ۵ سال در نظر گرفته شد.

با توجه به بلوک بندی انجام گرفته در مراکز بهداشتی، بلوک‌ها به صورت تصادفی انتخاب و سرشاخه هر بلوک با استفاده از پرونده خانوار به صورت تصادفی انتخاب و تعداد نمونه‌ها در هر بلوک با در نظر گرفتن نسبت جمعیت آن مشخص گردید. در مورد انتخاب نمونه‌های روستایی از مراکز بهداشتی روستایی، ۶ مرکز بهداشتی و از تیم‌های سیار، یک تیم به صورت تصادفی انتخاب شدند. با توجه به متفاوت بودن جمعیت در روستاهای انتخاب شده برای

جدول شماره ۱- توزیع فراوانی کم وزنی، کوتاهی قد و لاغری در

کودکان زیر ۵ سال شهرستان ساوجبلاغ ۱۳۸۱

نوع سوء تغذیه	جنس	دختر		پسر	
		تعداد	درصد	تعداد	درصد
کم وزنی (under weight)		۲۵	۴/۴	۲۶	۴/۴
کوتاهی قد (stunting)		۶۹	۱۲/۱	۴/۸	۸/۱
لاغری (wasting)		۲۷	۴/۷	۲۲	۳/۷

بیماری‌های حاد اسهالی بوده‌اند از آنالیز کنار گذاشته شدند. هیچ یک از متغیرهای کمی مطالعه با پیامد اصلی تعیین کمی وزن برای قد و جنس بر طبق نمره استاندارد ($Z < -2SD$) در سطح $\alpha = 0.05$ طبق آزمون t مستقل معنی‌دار نبودند. طبق آزمون Chi-Square رابطه متغیر درصد درآمد خانوار که صرف تغذیه می‌شود با بروز سوء تغذیه معنی‌دار بود ($p = 0.039$). درصد درآمد خانوار که صرف تغذیه می‌شود به صورت کمی در این مطالعه اندازه‌گیری شده است (جدول شماره ۲).

جدول شماره ۲- توزیع فراوانی کمی وزن برای قد و جنس بر حسبدرآمد خانوار که صرف تغذیه می‌شود طبق نمره استاندارد ($Z < -2SD$)

درصد درآمد خانوار که صرف تغذیه می‌شود	پیامد کمی وزن برای قد و جنس	بلی			جمع
		خیر	بلی	جمع	
۱	تعداد	۲۵۷	۱۶	۲۷۳	
۲	درصد	۹۴/۱	۵/۹	۱۰۰	
۱ - ۱	تعداد	۱۰۰	۵	۱۰۵	
۳ - ۴	درصد	۹۵/۳	۴/۷	۱۰۰	
جمع	تعداد	۳۵۷	۲۱	۳۷۸	
	درصد	۹۴/۶	۵/۶	۱۰۰	

رابطه استفاده از غذای کمکی در کودکان با پیامد اصلی کمی وزن برای قد و جنس معنی‌دار بود ($p = 0.045$). رابطه بین کمی وزن برای قد و جنس و آگاهی مادر از زمان مناسب شروع تغذیه در کودکان بر طبق نمره استاندارد ($Z < -2SD$) معنی‌دار بود ($p = 0.022$). در جدول شماره ۳ توزیع فراوانی سوء تغذیه بر حسب کمی وزن برای سن و جنس آورده شده است. بعد از آنالیز توصیفی، برای تعیین ارتباط کلیه متغیرها

و تحلیل شد. آزمون‌های آماری مورد استفاده؛ T مستقل، آنالیز واریانس غیرپارامتری کروسکال والیس، کای دو و محاسبه OR و حدود اطمینان آن، رگرسیون لژستیک برای تجزیه و تحلیل داده‌ها استفاده گردید. برای تعیین پیامد از $Epinutr$ 2002 با استفاده از شاخص‌های رفرانس WHO، CDC ۱۹۷۸ استفاده شد. تجزیه و تحلیل جدول بسامد خوراکی (غذائی) با استفاده از نرم‌افزار Nutri Cale Diet crunch انجام شد.

از T مستقل برای رابطه بین متغیرهای کمی مطالعه (مانند قد، وزن، سن و ...) با پیامد اصلی (یعنی وزن کم برای قد و جنس طبق نمره استاندارد ($Z < -2SD$)) استفاده شده آنالیز واریانس غیرپارامتری کروسکال والیس برای رابطه بین پیامد اصلی مطالعه (یعنی وزن برای قد و جنس طبق نمره استاندارد ($Z < -2SD$)) و متغیرهای رتبه‌ای (مانند سمت در شغل سرپرست خانوار، وضعیت اشتغال مادر، آگاهی تغذیه‌ای مادر و ...) مورد استفاده قرار گرفته است.

یافته‌ها

در این مطالعه ۱۲۴۳ کودک زیر ۵ سال ساکن در شهرستان ساوجبلاغ مورد بررسی قرار گرفتند. ۴۸/۹ درصد نمونه‌ها متعلق به شهر و ۵۱/۱ درصد مربوط به روستا بودند. میانگین و انحراف معیار سن کودکان به ماه $25/78 \pm 15/64$ ، میانگین و انحراف معیار سن مادر به سال $27/38 \pm 5/45$ ، میانگین و انحراف معیار سن اولین تولد زنده $20/58 \pm 3/60$ ، میانگین و انحراف معیار سن مادر به سال هنگام تولد کودک مورد مطالعه $25/23 \pm 5/25$ ، میانگین و انحراف معیار وزن به کیلوگرم و قد مادر به سانتی‌متر به ترتیب $76/70 \pm 13/67$ و $156 \pm 15/07$ ، میانگین و انحراف معیار بعد خانوار $4/23 \pm 1/43$ ، میانگین و انحراف معیار سن شروع شیر مادر به روز $1/03 \pm 0/34$ و میانگین و انحراف معیار مدت تغذیه با شیر مادر به روز $407/26 \pm 320/51$ و ... جدول شماره ۱ نوع سوء تغذیه بر حسب جنس را نشان می‌دهد. کودکانی که در دو هفته قبل از ثبت اطلاعات، مبتلا به

با پیامد اصلی کمی وزن برای قد و جنس (سوء تغذیه) از مدل آماری رگرسیون لژستیک استفاده شد. در مدل سازی آماری رگرسیون لژستیک، سن کودک ($P < 0.043$)، وزن کودک ($P < 0.001$) و قد کودک ($P < 0.001$) نیز با سوء تغذیه دارای رابطه معنی دار بود. ابتدا رابطه کلیه متغیرهای مستقل که در تحلیل تک متغیره با پیامد اصلی بررسی شده بودند، با مدل های Enter، Backward، Forward، Backward مورد بررسی قرار گرفته و براساس متغیرهای غربال شده، متغیرهای آگاهی مادر از زمان مناسب شروع تغذیه تکمیلی، زمان استفاده از تغذیه تکمیلی، درصد درآمد خانوار که صرف تغذیه می گردد، سن و وزن و قد در مدل نهایی وارد شدند و با روش های BW Cond، BW Wald، BW LR، FW، FW Wald، Forward Likelihood Ratio Conditional مطالعه شدند، ضرایب رگرسیون، خطای استاندارد آن ها، آمار واحد و مقدار خطای نوع آلفا و لوژی متغیرهای نهایی باقی مانده در جدول شماره ۴ آورده شده است. بعد از تبدیل داده های مقادیر بسامد خوراکی به مواد مغذی موجود در رژیم غذایی کودکان معلوم گردید، درصد

کودکانی که پروتئین رژیم غذایی آن ها کم است به ترتیب در گروه های سنی ۱-۲، ۲-۳، ۳-۴، ۴-۵ سال ۱۸/۹ درصد، ۱۶/۶ درصد، ۱۴/۷ درصد و ۲/۶ درصد است. فراوانی نسبی کالری رژیم غذایی که از مقدار توصیه شده ۷۵ درصد کمتر است. به ترتیب در گروه های سنی ۱-۲، ۲-۳، ۳-۴ و ۴-۵ سال عبارتند از ۱۶/۶ درصد و صفر، ۲۴ درصد و ۲/۶ درصد، ۳۲/۶ درصد و ۷/۱ درصد و ۴۱/۵ و ۱۵/۴ درصد. در گروه سنی ۱-۲ سال سوء تغذیه برحسب کمی وزن برای سن و جنس ($Z < -2$) با مناسبت میزان پروتئین در سطح $\alpha = 0.05$ معنی دار نبود، در گروه های مختلف سنی رابطه سوء تغذیه با مقدار کالری رژیم غذایی فقط در گروه سنی ۳-۴ سال معنی دار بود ($P < 0.028$) (جدول شماره ۵). جنس کودک، کامل نبودن تعداد مراقبت پایش رشد، واکسیناسیون و کامل بودن مراقبت های بارداری با مناسبت پروتئین رژیم غذایی در سطح $\alpha = 0.05$ رابطه معنی داری نداشت. بین تحصیلات پایین پدر و کم بودن پروتئین رژیم غذایی رابطه ضعیفی وجود داشت ($p < 0.049$). کم بودن وزن برای قد در گروه سنی ۱-۲ و ۲-۳ سال رابطه معنی دار داشت ($P < 0.049$).

جدول شماره ۳- توزیع فراوانی سوء تغذیه برحسب کمی وزن برای سن و جنس ($WAS < -2$ SD) در هر گروه سنی به تفکیک جنس

گروه سنی	جنس		دختر		پسر		جمع	
	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
۱-۲ سال	۱۰	۶۲/۵	۶	۳۷/۵	۱۶	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰
۲-۳	۶	۶۰	۴	۴۰	۱۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰
۳-۴	۴	۳۶/۴	۷	۶۳/۶	۱۱	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰
۴-۵	۳	۶۰	۲	۴۰	۵	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰
جمع	۲۵	۷۷/۸	۲۶	۷۷/۸	۵۱	۱۰۰	۵۱	۱۰۰

جدول شماره ۴- مدل نهایی رگرسیون لژستیک برای نسبت شانس تطبیق شده رابطه متغیرهای مستقل با پیامد کمی وزن برای قد و جنس طبق نمره استاندارد شده

نام متغیر	β	Sec(B)	Wald	P	EXP(B)
آگاهی مادر از مناسب ترین زمان شروع تغذیه تکمیلی	۱/۰۱۲	۱/۳۱۵	۰/۵۹۲	۰/۴۴۱	۲/۷۵۱
سن کودک	-۰/۱۰۳	۰/۰۵۱	۴/۱۰۷	۰/۰۴۳	۰/۹۰۲
وزن کودک	-۸/۳۹۴	۱/۶۷۳	۲۵/۱۷۸	<۰/۰۰۱	۰/۰۰۰۲
کاربرد تغذیه تکمیلی	۰/۶۲۳	۰/۷۴۴	۰/۷۰۲	۰/۴۰۲	۱/۸۶۵
قد کودک	۱/۸۹۳	۰/۳۷۳	۲۵/۸۱۱	<۰/۰۰۱	۶/۶۴۲
عرض از مبدا	-۷۶/۰۵۳	۱۴/۹۳۲	۲۵/۹۴۳	<۰/۰۰۱	۹/۳۴۷

جدول شماره ۵- رابطه سوء تغذیه با مقدار کالری رژیم غذایی (تفاوت ۷۵٪ مقدار لازم) در گروه سنی ۳-۴ سال

کمی وزن برای سن و جنس $Z < -2SD$						مقدار کالری رژیم غذایی
جمع	پسر	دختر	فرآوانی	درصد	فرآوانی	
کمتر از ۷۵ درصد مقدار لازم	۴	۸/۲	۴۵	۹۱/۸	۴۹	۱۰۰ درصد
بیشتر از ۷۵ درصد مقدار لازم	۱	۹	۱۱۴	۹۹/۱	۱۱۵	۱۰۰ درصد
جمع	۵	۳	۱۵۹	۹۷/۵	۱۶۳	۱۰۰ درصد

بحث

به طور کلی هدف این بررسی تعیین شیوع سوء تغذیه پروتئین - انرژی و عوامل موثر بر بروز آن در کودکان زیر ۵ سال بود. دیده شد ۴/۳ درصد از ۱۱۰۲ کودک زیر ۵ سال (که در دو هفته قبل از جمع آوری داده‌های مطالعه اسهال حاد نداشته‌اند که روی وزن آن‌ها اثر فوری بگذارد) دچار کمی وزن برای قد و جنس کمتر از دو انحراف معیار زیر منحنی میانه منحنی استاندارد می‌باشند.

فرآوانی در پسران ۳/۷ درصد و در دختران ۴/۷ درصد است که تفاوت معنی‌داری ندارد. کمی شدید وزن برای قد در کل ۰/۶ درصد، در پسران ۰/۳ درصد و در دختران ۰/۷ درصد با تعریف وزن برای قد و جنس ($Z < -3SD$) است. در مطالعه‌ای که در طی سالهای ۸۱-۱۳۸۰ در کرج انجام گرفت، دیده شد که به ترتیب ۱۳/۹ درصد، ۲۰/۳ درصد و ۴/۹ درصد از کودکان مورد بررسی دچار کم وزنی، کوتاهی قد و لاغری متوسط و شدید هستند.^(۱۰)

در مطالعه دیگری که در مناطق مختلف غرب شهر تهران انجام شد درجات شدید و متوسط کمبود وزن برای سن در کودکان پسر و دختر به ترتیب ۱۳ و ۱۱/۱ درصد مشاهده گردید و درجات شدید و متوسط شاخص کمبود قد برای سن در کودکان پسر و دختر به ترتیب ۱۷/۶ و ۹/۸ درصد مشاهده شد. میزان سوء تغذیه مزمن (کوتاهی قد) متوسط و شدید بین ۱۰ تا ۱۷ درصد و میزان لاغری متوسط و شدید ۱۱ تا ۱۲ درصد گزارش شد.^(۱۱)

در مطالعه حاضر بیشترین میزان مربوط به کمی وزن برای قد و جنس است و میزان‌های مطالعه در مقایسه با بررسی‌های انجام گرفته در کرج و تهران از وضعیت

مطلوب‌تری برخوردار است. در مطالعه انجام گرفته در سال ۱۹۹۵ نیجریه ۴۱/۶ درصد از کودکان به سوء تغذیه مبتلا بودند که ۴۰/۸ درصد از آن‌ها دچار کمی وزن برای قد کمتر از دو انحراف زیر میانه استاندارد می‌باشند.^(۲) در مطالعه‌ای که در کشور اتیوپی در سال ۱۹۹۵ میلادی انجام گرفت دیده شد که شیوع کم وزنی، وزن از دست‌دهی و از رشد بازماندگی به ترتیب ۳۶ درصد، ۹ درصد و ۳۶ درصد بودند.^(۱۲) مطالعه حاضر در مقایسه با مطالعات انجام گرفته در کشورهای نیجریه و اتیوپی از وضعیت بهتری برخوردار است.

از عوامل موثر شناخته شده در این مطالعه بر بروز سوء تغذیه پروتئین - انرژی عدم استفاده از غذای کمکی ($P=0/045$)، عدم آگاهی مادر از زمان مناسب شروع تغذیه تکمیلی و در مقابل آگاهی ($P=0/022$)، صرف سهم بیشتری از درآمد خانوار برای تغذیه ($P=0/039$) است. متغیرهای دیگر مانند جنس، سن، بعد خانوار، رتبه تولد، تحصیلات پدر و مادر و شغل آن‌ها و ... گرچه در دو گروه دارای سوء تغذیه و بدون سوء تغذیه دارای تفاوت بودند، ولی تفاوت در سطح اطمینان ۰/۰۵ معنی‌دار نبوده است. در مدل‌سازی آماری رگرسیون لژستیک سن کودک ($P=0/043$) و وزن کودک ($P<0/001$) و قد کودک ($P<0/001$) نیز با سوء تغذیه دارای رابطه معنی‌دار می‌باشند.

در مطالعه‌ای که در سال ۱۹۹۶ در هندوستان انجام شد مشاهده شد که سوء تغذیه با افزایش بعد خانوار از ۱۰ نفر به بالا، تحصیلات پدر و مادر و شغل والدین رابطه معنی‌داری دارد.^(۱۲، ۱۳) در مطالعه حاضر متغیرهای فوق در

$\alpha=0/05$ نداشت. تنها متغیری که می‌توانست توجیه کننده کم بودن پروتئین رژیم غذایی باشند، تحصیلات پایین پدر بود که رابطه معنی‌دار ضعیفی داشت ($p=0/049$). کمی پروتئین و رژیم غذایی با کم بودن برای قد در گروه سنی ۱-۲ سال و ۲-۳ سال رابطه معنی‌دار داشت ($p=0/01$). در مطالعه سال ۱۳۷۰ شیراز یکی از علل سوء تغذیه کاهش مصرف مواد غذایی و کالری کم از عوامل مهم تشخیص داده شد.^(۱)

در مطالعه حاضر نیز در گروه سنی ۳-۴ سال رابطه سوءتغذیه با مقدار کالری ارتباط معنی‌داری داشت ($p=0/028$). براساس یافته‌های این مطالعه کودکان مبتلا به سوء تغذیه خفیف بودند. از عوامل تعیین کننده مؤثر شناخته شده در سوء تغذیه کودکان زیر ۵ سال شهرستان ساوجبلاغ در این بررسی می‌توان از عدم استفاده از غذای کمکی ($P<0/045$)، عدم آگاهی مادر از زمان مناسب شروع تغذیه تکمیلی ($P<0/022$) و صرف نصف درآمد خانوار برای خرید مواد غذایی ($P<0/039$) نام برد.

نتیجه‌گیری

براساس یافته‌های این مطالعه کودکان مبتلا به سوء تغذیه خفیف بودند و عوامل مؤثر شناخته شده در سوء تغذیه آن‌ها شامل عدم استفاده از غذای کمکی و عدم آگاهی مادران از زمان مناسب شروع تغذیه تکمیلی و صرف نصف درآمد خانوار برای خرید مواد غذایی، می‌باشند.

تقدیر و تشکر

این مطالعه تحت حمایت مالی دانشگاه علوم پزشکی ایران انجام شده است و به این وسیله نویسندگان از همکاری مسوولین محترم دانشگاه تشکر و قدردانی می‌نمایند.

منابع

- ۱- عزیزی - فریدون، حاتمی - حسین، جانقربانی - محسن. اپیدمیولوژی و کنترل بیماری‌های شایع در ایران، ویراست دوم، تهران، نشر اشتیاق، ۱۳۸۰، صفحه ۲۹۶ - ۲۸۰.

دو گروه دارای سوء تغذیه و بدون سوء تغذیه در سطح $\alpha=0/05$ دارای تفاوت معنی‌دار نبودند. در نتیجه در این مطالعه عوامل مذکور جزو عوامل اصلی تاثیرگذار بر روی سوء تغذیه نمی‌باشند. در مطالعه‌ای که در سال ۱۹۹۸ در غنا انجام گرفت، دیده شد که سطح سواد والدین و شغل آن‌ها تفاوت چشم‌گیری در متغیرهای موجود در گروه کم وزن وجود نداشت.^(۱۴، ۱۵)

همان طور که مشاهده می‌گردد نتایج به دست آمده در مطالعه حاضر با بررسی انجام گرفته در غنا تقریباً مطابقت دارد. بعد از تبدیل داده‌های مقادیر بسامد خوراکی به مواد مغذی موجود در رژیم غذایی معلوم شد که درصد کودکانی که پروتئین رژیم غذایی آن‌ها کم است، عبارتند از ۱۸/۹ درصد در گروه سنی ۱-۲ سال، ۱۶/۶ درصد در گروه سنی ۲-۳ سال، ۱۴/۷ درصد در گروه سنی ۳-۴ سال و ۲۶/۰ درصد در گروه سنی کودکان ۵-۴ سال. فراوانی نسبی کودکانی که کالری رژیم غذایی آن‌ها از ۷۵ درصد و از ۵۰ درصد مقدار توصیه شده کمتر است، به ترتیب عبارتند از: ۱۶/۶ و صفر درصد در گروه سنی ۱-۲ سال، ۲۴ درصد و ۲/۶ درصد در گروه سنی ۲-۳ سال، ۳۲/۶ درصد و ۷/۱ درصد در گروه سنی ۳-۴ سال و ۴۱/۵ درصد و ۱۵/۴ درصد در گروه سنی ۵-۴ سال.

در گروه سنی ۱-۲ سال سوء تغذیه بر حسب کمی وزن برای سن و جنس ($Z\leq -2SD$) با مناسبت میزان پروتئین - رژیم غذایی دارای رابطه معنی‌دار در سطح ($\alpha=0/05$) نبوده است. هم چنین سوء تغذیه بر حسب کمی وزن برای سن و جنس با معیار فوق در گروه سنی ۲-۳، ۳-۴ و ۵-۴ سال نیز دارای رابطه معنی‌دار با ناکافی بودن پروتئین رژیم غذایی نمی‌باشد.

در گروه‌های سنی مختلف رابطه سوء تغذیه با مقدار کالری رژیم غذایی فقط در گروه سنی ۳-۴ سال دارای رابطه معنی‌دار بود ($p=0/028$). سایر متغیرها مانند جنس کودک، کامل بودن تعداد مراقبت پایش رشد، تعداد واکسیناسیون و ... با مناسبت پروتئین رژیم غذایی با وزن برای سن و جنس و قد برای سن و جنس رابطه معنی‌دار در سطح

referral hospital in Addis Ababa, Ethiopmed J; 1997 July. 35(3): 161-8.

13- Nanda S. The immpae of family milieu on the prevalence of protein-Energy Malnutrition in infants, Indian J, Matern child Health; 1996 Jan Mar. 7(1): 20-3.

14- Rikimaru T, Et Al. Risk factors for the prevalence of Malnutrition among children in Chana, J Nutrsci vitaminol(tokyo); 1998 juni. 44(30): 391-407.

15- Islam MA, Rahman MA, Mahalanabis D. Maternal and socio-economic factors and risk of severe malnutrition in a child A case-control study Eur J of clin Nutr; 1994 Jan. 48(6): 416-24.

2- Abidoye RO, Sikabofori. A study prevalence of protein-Energy malmitrition among 0-5 years in Rural, Benue state, Nigeria, Nutrition and Health; 2000. 13: 235-247.

3- Smolin LA, Grosvenor MB. Nutrition science and application. 3 nd ed. Philadelphia: Saunders college publishing; 2000. p: 445.

۴- ملک‌زاده - ج، کیمیایگر - م. بررسی میزان شیوع و عوامل موثر بر سوء تغذیه پروتئین - انرژی در کودکان زیر ۵ سال کهگیلویه و بویراحمد، پایان نامه. انستیتو تغذیه و صنایع غذایی ایران، ۱۳۷۷.

۵- کیمیایگر - م، جزایری - الف. نگاهی به وضعیت تغذیه‌ای کشور و ضرورت تدوین برنامه اجرایی تغذیه، شماره ۵، تهران، انتشارات انستیتو تغذیه و صنایع غذایی ایران. مقالات تغذیه‌ای کشور، ۷۱-۱۳۷۰، صفحه ۳۲.

۶- کریم - م، امیرحکیمی، کرمی‌زاده. بررسی علل سوءتغذیه در کودکان استان فارس، پایان نامه دکتر، شماره ۲۲۶۶، سال ۱۳۷۲.

۷- حکیمی - پ، اجتماعی - ر. بررسی موارد سوء تغذیه در مطالعه سه ساله بیمارستان هفده شهریور رشت، پایان نامه دکتر، شماره ۱۸۰، ۱۳۷۳.

8- Bern C, Zucker JR, Perkins BA. Assessment of potentioal indicators for protein-Energy Malnutrition in Algorithn for integrated management of child illness, Bull, word Health org; 1997. 75 suppl. 1: 87-96.

9- Tontisirin K, Valyaseri A. Protein-Energy malnutrition related to diarrhea in Thai children J nutr sei vitamol (Tokyo); 1981. 27(6): 513-20.

۱۰- نجومی - مرضیه، کفاشی - احمد، نجم‌آبادی - شهاندرخت. بررسی فراوانی عوامل خطر سوء غذیه در کودکان زیر ۵ سال شهرستان کرج در سال ۸۱-۱۳۸۰، مجله دانشگاه علوم پزشکی ایران، سال دهم، شماره ۳۳، بهار ۱۳۸۲، صفحات ۱۳۲-۱۲۳.

۱۱- نجم‌آبادی - شهاندرخت. ارزیابی شاخص‌های آنتروپومتریک کودکان کمتر از ۶ سال در مناطق مختلف غرب تهران، مجله دانشگاه علوم پزشکی ایران، سال پنجم، تک شماره، پائیز ۱۳۷۷، صفحات ۶۹-۶۳.

12- Ketema L, Lulsegeds. Persistant diarrhea, socio-demographic and clinical profile of 264 children seen at a

